

LES SCHWANNOMES GASTRIQUES

(à propos de 5 cas)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1974

par

ARSOULI Abdelkader

Né le 9 Janvier 1946 à ALGER

Membres du Jury :

MM. B. MENTOURI	: Professeur de Chirurgie Générale	} Président
A. LEHTIHET	: Professeur Agrégé d'Anatomie	
H. ISSAD	: Professeur Agrégé d'Anatomie	} Juges
A. BENHAMLA	: Maître Assistant en Chirurgie Générale	

LES SCHWANNOMES GASTRIQUES

(à propos de 5 cas)

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1974

par

ARSOULI Abdelkader

Né le 9 Janvier 1946 à ALGER

Membres du Jury :

MM. B. MENTOURI	: Professeur de Chirurgie Générale	} Président
A. LEHTIHET	: Professeur Agrégé d'Anatomie	
H. ISSAD	: Professeur Agrégé d'Anatomie	} Juges
A. BENHAMLA	: Maître Assistant en Chirurgie Générale	

LES SCHWANNOMES GASTRIQUES

(à propos de 2 cas)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Mars 1915



ASSOCIÉS ASSÉSSEURS

M. le Docteur J. A. G. J. A. G.

Membres du Jury :

Président

M. le Docteur de Chirurgie Générale

M. le Docteur

Jury

M. le Docteur de Médecine Interne

M. le Docteur

M. le Docteur de Médecine Interne

M. le Docteur

M. le Docteur de Médecine Interne

M. le Docteur

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548212_0004

Vu le Président du JURY

Signé : F. MENTOURI

Vu le Doyen

Signé : Pr. M. ABDELMOUMEN

Vu et permis d'imprimer

ALGER, le

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ALGER

Signé : R. TOURI

Je dédie cette thèse

- A la mémoire de mon père
- A ma mère

En témoignage de mon affectation profonde

- A ma soeur
- A mes frères pour tout ce qu'ils ont fait
pour moi et pour les encouragements incessants
qu'ils m'ont toujours prodigués.

A tous les maîtres de la faculté
et des hôpitaux

A tous mes camarades de promotion

A tous mes amis

A tous ceux qui ont contribué à l'élaboration
de ce travail

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE Pr. MENTOURI

Au cours de notre stage effectué dans votre service nous avons grandement bénéficié de votre enseignement auprès du malade , et apprécié votre expérience et votre esprit méthodique.

Vous avez guidé nos premiers pas dans les détours passionnants de la chirurgie.

Nous sommes très sensibles au grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Nous voulons vous exprimer ici, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE Pr. A. LEHTINET

C'est à vous que je dois de soutenir
ma thèse aujourd'hui, après nous avoir
accueilli avec bienveillance dans votre
service et fait profiter grandement de
la richesse de votre enseignement.

Nous avons su apprécier votre franchise
et vos qualités d'homme.

Vous m'avez suivi pas à pas dans la
réalisation de ce travail avec beaucoup
de fermeté et de patience.

Je vous dis de grand coeur : Merci et je
vous prie de bien vouloir trouver ici
ma profonde gratitude et ma respectueuse
admiration.

MONSIEUR LE Pr. ISSAD N.

L'intérêt que vous avez porté à ce travail et votre bienveillance ont été pour nous une source de stimulation et d'encouragement.

Nous avons pu apprécier dans votre service, votre sérieux et votre esprit de rigueur.

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté de juger ce travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR BENHAMILA

Votre dynamisme et votre curiosité scientifique seront pour nous une leçon et un exemple.

Vous nous êtes toujours préoccupé d'élever le niveau de ceux qui vous ont entouré. Nous n'oublierons pas votre gentillesse et votre dévouement.

Vous avez accepté spontanément d'être de nos juges et nous vous en sommes très reconnaissants.

P L A N

=====

I- INTERET

- Intérêt nosologique et fréquence.
- Intérêt diagnostique.
- Intérêt thérapeutique.

II- PATHOGENIE

III- HISTORIQUE

- Evolution des idées dans la terminologie.
- Evolution dans les investigations paracliniques (Radiologie et Endoscopie).

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

V- LES CAS PERSONNELS (Cinq).

VI- ETUDE DES CAS PERSONNELS

- Clinique
- Radiologie
- Intervention

VII- CONFRONTATION DE NOS OBSERVATIONS EN FONCTION
DES PUBLICATIONS ANTERIEURES.

VIII- LE TRAITEMENT

- But
- Méthodes
- Indications
- Résultats

IX- CONCLUSIONS

X- BIBLIOGRAPHIE

I N T E R E T
=====

Après avoir été à l'origine de nombreux problèmes diagnostiques et thérapeutiques, les schwannomes gastriques témoignent actuellement d'une individualité certaine.

De nombreuses publications leur ont été consacrées depuis trois décennies, chacune mettant l'accent sur tel ou tel aspect clinique ou évolutif de la maladie.

L'intérêt de leur étude porte tant sur l'aspect nosologique que la fréquence, le polymorphisme clinique ou les problèmes de thérapeutique .

INTERET NOSOLOGIQUE ET FREQUENCE/

Les différents éléments de la paroi gastrique peuvent être le point de départ de proliférations tumorales dites bénignes. Aussi l'origine peut en être épithéliale ou conjonctive selon que la néoplasie s'effectue au dépend de la muqueuse ou encore au dépend des différents éléments présents dans le tissu conjonctif: nerf, muscle, graisse et vaisseaux.

On distingue parallèlement des tumeurs développées à partir du conjonctif matriciel moins fréquentes que les précédentes en même temps que d'autres tumeurs beaucoup plus rares encore et qui constituent les tumeurs dites dysgénétiques. Il arrive finalement qu'on rencontre parfois des formations qui entrent dans la catégorie des tumeurs bénignes gastriques mais qui en réalité correspondent à des pseudo-tumeurs d'origine inflammatoire.

Les schwannomes quant à eux, les plus importants par leur fréquence, représentent des tumeurs bénignes développées au dépend des terminaisons nerveuses périphériques de la paroi. Ils naissent de la gaine de schwann des plexus nerveux intra-muraux ou sous-céreux.

L'élément de départ de la tumeur a servi à la classification de C. marche et Ch. Debray dont le tableau qui suit illustre parfaitement les différentes variétés de structures histologiques:

T. B Vraies	Type	Origine	Histologie	Fréquence
	Adénome T. Villeuse	Glande Gl.+chorion	Gl. à mucus+chorion; Villosité	20% 44 cas relevés en 1967 (Honley)
<u>T.Epithéliale</u>	Carcinoïde	Cel.argenta	Struct endocri	86 cas en 1964 par Sanders.
<u>T.Conjonctif</u>	Schwannome	Gaine de sch	Cel. fusiforme et palissade	28 à 30 %
Nerveux -	Neurofibr Lemno-schwan- noblastome	Gaine+nerf. Gaine		
Musculeux	Léiomyome T.myoïdes	Musculeuse Musculeuse	Fibres lisses Cel.rondes	18 % 130 cas depuis 1960
Graissex	Lipome	Graisse	Graisse+cj.tif	6% A.MOUCHEM
Conjonctif matriciel	Fibroma T. histio et réticu T. Lymphoïde	Cj.tif T.réticulo- enthélial Cj.tif	Fibroblastes Histiocytes + réticulocyte Cel.Lymphoïdes	5 à 6% des T.B
Vasculaire	Angiome Lymphangio Hémangioen- dothéliome	Capillaire Lymphatique Endothél.	Capillaire Cel.endothel. Péricytes	Une trentaine T.rare enc.0,2% T.Exceptionnelle
	Hémangiopé- récytome T.glomique	Pérécapil- laire Glomi-neuro- vaculaire	Vaisseaux+cel. nerveuse	Près de 20 cas depuis 1951
<u>T.Dysgéné- tiques :</u>	Hétéroty- pique	Pancréas accessoire		5 à 6% des T.B
Kystés	Brunner			une 20aine d'observ.
tératomes	Entéroïdes Organoïdes			Chez les nourris- sons surtout une soixantaine d'observations.
Pseudo-T. inflamma- toires.	Granulome Gr.éosino- phile.			

La fréquence de ces 23 variétés histologiques est très inégale et se trouve dominée par les schwannomes d'abord, les polypes ensuite, ces 2 dernières catégories représentent d'ailleurs à elles seules plus de 50 % de la totalité des tumeurs. L'importance des autres variétés est difficile à apprécier en raison de leur rareté même. En effet mis à part les léiomyomes qui occupent le 3^e rang, les autres types ne sont rencontrés que rarement.

Il s'agit le plus souvent d'une série de cas réunis au cours d'une période assez longue et les chiffres avancés dans les statistiques sont très variables, d'une école à l'autre, tous insistant toutefois sur cette rareté.

Ainsi après les schwannomes, les polypes et les léiomyomes, on trouve respectivement les lipomes, les fibromes et les pancréas aberrants.

Les autres tumeurs quant à elles sont beaucoup plus rares ou même exceptionnelles, mais leur isolement est encore récent. Ainsi en est-il des angiomes, des tumeurs villeuses bénignes, des lymphomes, des choriostomes de l'estomac, des tumeurs inflammatoires et des granulomes éosinophiles.

Les schwannomes, au même titre que l'ensemble de ces tumeurs, sont souvent latents, bien supportés par le malade ou ne l'incommodant que peu. Leur croissance est lente, s'étalant sur des années même, sans aucune répercussion sur la vie du sujet, évoquant et affirmant par-là le caractère bénin de la tumeur. Pour certains ce pendant, cette bénignité n'est que relative et reflète l'attitude de méfiance à l'égard du schwannome une fois diagnostiqué.

La malignité, cette hantise, est en effet évoquée systématiquement, ce qui explique les longues années de discussion quant à l'étendue de l'exérèse. C'est une dégénérescence lente sans évolution brutale qui atteint souvent le sujet en parfait état général. La spécificité de cette dégénérescence fait que le schwannome même devenu malin, reste longtemps encapsulé dans sa coque conjonctive et ne donne que tardivement des métastases. Il s'agit par ailleurs de métastases sanguines et non lymphatiques, caractère important lors de la conduite à tenir.

La localisation préférentielle des schwannomes semble être la petite courbure (en raison d'une riche innervation peut-être) mais en effet on peut les voir aussi bien au niveau de la grosse tubérosité que sur les faces ou dans la région antropylorique.

L'âge, comme le sexe, sont également variables, bien que certains notent une prédisposition chez la femme entre 40 et 55 ans. Dans environ 10% des cas, les schwannomes se trouvent associés avec les ulcères, éventualité fréquente, et dans une proportion beaucoup plus faible, avec les épithéliomas. Parfois ils se trouvent inclus dans le cadre d'une maladie générale telle que la maladie de Von Recklinghausen, affection congénitale rare qui associe au schwannome une atteinte cutané nerveuse caractéristique.

INTERET DIAGNOSTIC/

Avec une grande probabilité, le diagnostic peut être porté de nos jours en pré-opératoire, rendu possible en cela grâce au trépied constitué par la clinique, la radiographie et la radioscopie.

En matière de clinique cependant on est frappé par le grand polymorphisme de l'affection, polymorphisme déconcertant parfois. Combien de malades en effet n'ont-ils pas été traités pendant des années pour des troubles tels que: Gastrite, ulcère ou troubles hépatiques, pour une dyspepsie, ou une symptomatologie ulcéroforme par exemple. Dans une proportion appréciable la scène se trouve inaugurée par une tendance hémorragique, signe qui émerge par son importance et sa fréquence. Dans 50 à 70% des cas, l'hémorragie domine la clinique par un méloena, une hématoméose plus spectaculaire ou simplement une anémie isolée. (3 malades sur les 5 cas étudiés)

Par ailleurs, de nombreux aspects peuvent se voir suivant le type anatomique ou le mode évolutif de la tumeur depuis la sténose intermittente du pylore par invagination bulbo-duodénale par exemple jusqu'à la tumeur extériorisée. Malgré ce polymorphisme, toutefois les manifestations cliniques finissent le plus souvent par attirer l'attention vers un trouble gastro-duodénal et conduisent alors à pratiquer un bilan dont l'examen radiologique en constitue le temps fondamental par son rôle évocateur.

Plus que toute autre méthode d'investigation, en dehors de l'Anatomie Pathologique, l'apport de la radiologie permettra d'affirmer le diagnostic et le caractère de la tumeur, grâce à un ensemble de traits qui constituent un véritable syndrome radiologique de bénignité. L'image fondamentale en est la lacune, marginale ou centrale, bien régulière, arrondie, sans interruption du plissement muqueux, à contour net. Dans le cas d'une ulcération de la tumeur on a la classique " niche en cocarde " traduisant le dépôt de baryte au centre du cratère. Il arrive cependant que l'exa-

men radiologique ne soit pas significatif en particulier dans le cas d'une tumeur à développement extra-gastrique d'où l'intérêt de l'endoscopie.

Dernière née des investigations, cette dernière prend actuellement une part croissante. Lorsqu'elle est possible, elle intervient à titre de complément diagnostique et de bilan pré-opératoire. Elle permet alors de retrouver l'aspect dit " en col utérin " correspondant à l'image en cocarde et permet d'apprécier les différents éléments de bénignité : la tumeur arrondie, régulière, paroi souple, absence d'envahissement de la muqueuse. Elle constitue par ailleurs un apport original et essentiel dans le dépistage d'une dégénérescence en cours. Cependant il existe des formes difficilement accessibles au champ visuel, limitant par-là l'importance de l'endoscopie.

Il arrive d'autre part que le polymorphisme soit tel que le diagnostic n'est posé qu'à l'intervention ou même encore après examen extemporané de la tumeur. Ce qui nous amène à aborder le côté thérapeutique. L'étendue de l'intervention a été longtemps controversée par des attitudes opposées; en effet la malignité a influencé les discussions et a incité de nombreux auteurs à proposer une gastrectomie subtotale, dans un premier temps.

Actuellement le dogme de l'intervention large paraît excessif d'autant plus que les récurrences locales après excision limitée n'ont jamais été signalées. De plus on ne retrouve pas de métastase ganglionnaire. C'est pourquoi les discussions semblent closes en faveur d'une chirurgie économique, "une chirurgie bénigne comme les lésions auxquelles elle s'adresse ". Cependant, la présence au cours de l'inter-

vention d'un Anatomopathologiste est souhaitable et permettrait un examen extemporané lequel éviterait une mutilation inutile et excessive.

D'autre part, l'évolution à distance des schwannomes bénins opérés a montré le bien fondé de cette attitude, les malades retrouvant toujours un état général parfait et une activité normale.

P A T H O G E N I B
=====

La pathogénie des schwannomes gastriques au même titre que celle des tumeurs en général, demeure encore mal connue de nos jours, et maintes hypothèses en ce domaine restent possibles.

Sous quels facteurs en effet une muqueuse jusque-là saine se met-elle à proliférer brusquement? Certains auteurs pensent à une origine malformative, alors que d'autres invoquent une cause dysgénétique.

Nombreux cependant sont ceux qui font intervenir une origine inflammatoire chronique, d'autant plus que l'association schwannome et gastrite ou ulcère est fréquente pour eux.

Le problème dans ce cas serait de savoir si la tumeur est conséquente à l'inflammation ou inversement. Pour les uns l'altération primitive des nerfs intra-gastriques provoquerait l'ulcère. Pour d'autres, la section des filets nerveux par le processus ulcéreux dans un premier temps s'accompagnerait d'une dégénérescence qui aboutirait finalement à la formation tumorale du syncytium schwannien dans le sens d'un névrome d'amputation. Le schwannome apparaîtrait alors comme le témoin d'une souffrance de la muqueuse gastrique.

Néanmoins, les différentes interprétations histopathologiques ne sont pas encore parvenues à trancher en faveur de telle ou telle théorie qu'elle soit inflammatoire ou autre.

HISTORIQUE

=====

Autrefois, les tumeurs conjonctives des nerfs étaient considérées comme le résultat d'une prolifération de cellules conjonctives et non nerveuses et c'est à l'école Lyonnaise avec TRIPIER (1875) BARD surtout (1885) et GRALL (1897) que revient le mérite d'avoir reconnu la nature schwannienne de ces tumeurs. Les différentes dénominations qui furent attribuées aux schwannomes traduisent l'évolution des idées à leur égard.

Vérocay, en 1910 publia la première description systématique de ces néoformations qu'il appellera " neurinome ", insistant sur le caractère nerveux de la prolifération et en 1911, LERICHE décrivit à son tour une tumeur gastrique extirpée chez un sujet atteint de maladie de Von Recklinghausen.

Nageotte, en 1922, démontra quant à lui que la gaine de schwann est à la périphérie l'analogue de la névroglie centrale et parle de " Gliome périphérique ". Au cours de la même année (1922) le professeur ROUSSY pratiquant l'examen histologique d'une tumeur enlevée par PICQUET releva l'origine nerveuse de cette lésion et établit une analogie avec les tumeurs viscérales de la maladie de Von Recklinghausen:

" Tumeur d'origine nerveuse formée d'éléments provenant du soutien nerveux périphérique de la gaine de schwann".

Cette observation deviendra désormais classique et ouvrira un nouveau chapitre de pathologie digestive. Puis des cas furent rapportés en 1924; un article de GOSSET (avec BÉTRAND et LOEWY) sur les tumeurs pédiculées de l'estomac constitua le premier travail d'ensemble avec mise au point

de la classification histologique. L'appellation finale de schwannome revient à MASON et parut la mieux adaptée. Dès cette période, les observations se multiplièrent aussi bien en France qu'ailleurs, précisant divers points de leur aspect clinique ou évolutif :

Schwannome ulcéré, accident hémorragique, possibilité de noyaux aberrants, anémie. D'autres attirèrent l'attention sur les diverses associations du schwannome de même que les particularités topographiques. En 1938, WEYRAUD se distingua par une thèse magistrale et mit l'accent sur la dégénérescence maligne de ces tumeurs.

LA RADIOLOGIE/ de son côté s'intéressa tôt au problème diagnostique et KONJETZNI décrit la première image radiologique de type lacunaire vers les années 1925-30. Puis les descriptions se succédèrent en même temps que les différents aspects cliniques : bénignité de l'affection par BICLERE en 1927, étude radiologique des ulcérations par GOYENNA et BLONDI 1933, mobilité de la tumeur par la technique du double contraste PORCHEL 1936. MONDOR en 1937 insista sur l'image lacunaire et ALBOT et REDON en 1941 sur l'image en cocarde. Par la suite, les techniques se perfectionnèrent et la radiologie s'imposa vite par son rôle révélateur et descriptif.

Parallèlement à l'évolution clinique et radiologique, l'anatomie pathologique se développa. Elle devint systématique et nécessaire au diagnostic histologique depuis les travaux de ROUSSEY. Dans les observations qui suivirent, l'accent fut mis sur la dégénérescence de la tumeur avec ses conséquences directes sur le plan de l'exérèse. La pratique de l'examen extemporané donne une nouvelle orientation chirur-

gicale en fonction de la nature de la lésion.

LA THÉRAPEUTIQUE/ de son côté connut des attitudes variables. Les premières interventions consistèrent alors en une gastrectomie large, attitude appuyée à l'époque par la crainte d'une transformation maligne, la présence de noyaux abor-rants ou une éventuelle récursive.

Ainsi dès 1926 HARTMAN avait soulevé le problème de la bénignité de l'affection et en 1958 BROCC et NEYRAUD en tirèrent des conséquences chirurgicales préconisant une  x r se large systématique de tout schwannome. Cette position a été longtemps défendue par de nombreux auteurs parmi lesquels FINKSTBERG, HILLELAND et PEYCELON.

Ensuite les idées évoluèrent. L' x r se large apparut alors inutile et mutilatrice d'autant plus qu'elle laissait des possibilités de séquelles ou de complications. Actuellement, il semble bien que l'heure des discussions soit close en faveur de ceux-là même qui préconisent une chirurgie économique, fonction essentiellement de considération topographique et si possible des résultats de l'examen extemporann  d'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

=====

Les schwannomes gastriques résultent de la prolifération des cellules de la gaine de schwann des plexus nerveux de la paroi gastrique. Ils se caractérisent par une grande variété dans leur siège, leur développement, et leur volume. On les rencontre à cet effet à n'importe quel niveau de l'estomac bien que certains notent une prédilection pour telle ou telle région. C'est ainsi qu'ils occupent aussi bien la petite courbure que la grande courbure, les faces et la région antro-pylorique de même que la grosse tubérosité.

Ils^{se} développent à partir de la sous-muqueuse et peuvent subir localement un accroissement de type intra-mural. Cette forme constitue le mode de début du schwannome non encore extériorisé qui par la suite va cliver la muqueuse et la soulever pour constituer une saillie du volume d'une lentille.

Parfois il est à l'origine d'une ulcération de la muqueuse et évoquera un vieil ulcère à bord saillant entouré de bourrelets épais. Tout autour il n'existe pas d'induration calleuse et à la coupe, on constate que le fond de cette ulcération est occupé par la masse ovoïde bien limitée par une capsule conjonctive nette.

A côté de cette forme intersticielle le schwannome peut subir un développement plus franc vers la cavité gastrique réalisant alors la forme endogastrique. Cette dernière peut être sessile comparable à la forme précédente mais plus volumineuse s'étalant sur une large bande d'implantation et atteignant un volume important. Elle peut être également pédiculée et suivant la localisation et la longueur du pédicule, la tumeur peut s'invaginer dans le duodénum.

La forme *exogastrique* quant à elle se caractérise par un volume qui peut atteindre des dimensions énormes telle une tête fœtale par exemple et un poids allant jusqu'à cinq (5) kilos. Cette forme massive régulière ou pluri-lobée, va soulever en l'aminçissant la serreuse, et évoluer dans la cavité abdominale en fonction de son siège, de la longueur du pédicule et de la possibilité de torsion de ce dernier.

La consistance est habituellement dure, mais dans le cas de dégénérescence myxoïde, elle devient molle suivant les points considérés. La grande mobilité que confère le pédicule à la tumeur lui permet d'occuper un siège paradoxal simulant à s'y méprendre le Kyste de l'ovaire.

Dans certains cas, le schwannome présente un développement dit en haltère, ou en sablier, réunissant en même temps la forme *endo* et *exogastrique*.

L'aspect macroscopique général du schwannome est celui d'une tumeur pleine, bien encapsulée, de coloration blanc-jaunâtre, parfois rouge vineux ou même noirâtre. La surface est régulière ou ravinée recouverte d'une muqueuse pâle ou normale.

Le volume est très variable, depuis la taille d'une cerise à celle d'une orange et parfois même plus dans les formes *exogastriques*. La tumeur reste toutefois parfaitement séparée des tissus voisins par une capsule bien visible. À la coupe, elle présente un aspect blanc-jaunâtre de consistance ferme, mais souvent, il existe des remaniements en raison des perturbations circulatoires laissant alors apparaître des zones gélatineuses ou même kystiques. Au voisinage de la tumeur, la paroi gastrique est quant à elle

couple, non infiltrée. Parfois elle est étirée ou refoulée. Il arrive cependant qu'on rencontre dans la sous-muqueuse de petits modules à distance de la tumeur principale, d'une taille qui peut être microscopique, ils correspondent aux noyaux aberrants, source de récurrence et de transformation malignes.

HISTOPATHOLOGIE/ Les schwannomes gastriques se caractérisent sur le plan histologique par un grand polymorphisme qui implique la nécessité de faire plusieurs prélèvements dans des zones distinctes notamment denses et non remaniées. Ils se présentent alors comme des tumeurs compactes fasciculées faites de cellules fusiformes à noyaux réguliers ovoïdes groupés en nappes incurvées et tourbillonnantes. Le cytoplasme est éosinophile, finement fibrillaire. La disposition des cellules en faisceaux parallèles peut réaliser des aspects tout à fait évocateurs de la nature schwannienne qui consiste en une "disposition palissadique". Cet aspect est dû à l'agencement parallèle des cellules dont les noyaux se trouvent au même niveau et dont les groupements aboutissent au "nodule de Verocay".

Il s'agit de groupements nodulaires déterminés par plusieurs faisceaux en palissades enchevêtrées, réalisant l'aspect dit "en douve de tonneau". Ceci traduirait un mode de développement tissulaire avancé.

La disposition vasculaire intervient également dans le diagnostic histologique par sa présence constante. Les vaisseaux présentent une paroi propre entourée de collagène et souvent hyalinisée. Cependant, il existe des cas, même fréquents, où cet aspect typique (ou type A d'Antoni)

fait défaut. On se trouve alors face à une tumeur moins compacte, à densité cellulaire plus faible et sans polarité. Il s'agit d'un tissu lâche réticulaire dans lequel existe de nombreux intervalles libres pouvant contenir un liquide aqueux, point de départ d'une dégénérescence Kystique. Ceci correspond alors (au type B d'Antoni).

En réalité, les deux types coexistent le plus souvent sur la même tumeur rendant le diagnostic plus ardu. Cette complexité peut se trouver même plus accentuée par la présence de remaniements engendrés par des désordres vasculaires (sclérose collagène, nécrose par souffrance cellulaire), une transformation myxoïde (fonte colloïdo-Kystique) ou encore une xanthélisation (aspect jaunâtre de la tumeur).

Le diagnostic sera encore plus difficile lorsqu'il s'agira de trancher entre schwannome et leïomyome surtout lorsque la tumeur est dépourvue de capsule et paraît en continuité avec la musculaire. D'ailleurs, cette confusion est à l'origine d'erreurs d'appréciation dans les statistiques.

Il est enfin un problème d'une grande importance posé par la malignité du schwannome. On peut se trouver face à une tumeur visiblement maligne, mais dont l'origine schwannienne reste à déterminer et inversement il peut s'agir d'une tumeur d'apparence bénigne dont l'étude attentive permet de découvrir des signes de malignité.

Dans le premier cas, l'appréciation sera facile devant l'intensité de la prolifération, les mitoses anarchiques, la présence de nécrose hémorragique, les anomalies cytonucléaires. Dans le deuxième cas par contre, l'interprétation sera plus difficile: elle recherchera les signes d'une néo-

vascularisation mal individualisée, la présence d'hémorragie loin des zones de nécrose qui pourrait traduire dans ce cas une souffrance cellulaire plutôt qu'une dégénérescence. Elle recherchera également les zones épithéloïdes engendrées par l'aspect polydrique des cellules.

Le schwannome reste une tumeur longtemps encapsulée, dans sa coque conjonctive même lorsque la dégénérescence est évidente. Il n'y a pas de propagation à la paroi digestive, toutefois on peut noter une souffrance muqueuse source d'ulcération. Le prélèvement systématique des ganglions périphériques a montré qu'il s'agissait d'adénopathies banales, purement inflammatoires et non métastatiques ce qui représente un élément important dans la conduite à tenir.

OBSERVATIONS

=====

OBSERVATION N°1
=====

Madame T. Mah. 45 ans, mère de 3 enfants, se plaint d'une masse sous-ombilicale de petite taille dont l'apparition semble remonter à 6 ans. Au fur et à mesure de l'évolution, cette masse augmenta de volume jusqu'à atteindre la taille d'un gros melon. En dehors de la gêne engendrée par la présence de cette masse et parfois de trouble du transit plutôt à type de constipation que diarrhée, la malade ne signale aucune symptomatologie spécifique si bien qu'elle se dispensa de toute consultation pendant cette longue période. Elle ne présente en effet aucune manifestation importante liée directement à l'existence de la masse, ni aucun accident hémorragique. Il n'y a pas de trouble de compression de l'appareil urinaire. L'état général est bien conservé.

A son admission dans le service, on suspecta tout d'abord le diagnostic de Kyste de l'ovaire vu la très grande mobilité de la masse et sa localisation sus-pubienne. On évoqua également le diagnostic de tumeur du mésentère, hypothèse étayée par cette mobilité et par l'absence de signes radiologiques au niveau de l'intestin grêle, du gros intestin et de l'estomac. L'UIV quand à elle est normale. Le bilan biologique par ailleurs ne nous montre rien de particulier. L'intervention est décidée.

Intervention:

Abord par voie médiane sus-ombilicale; on trouve une tumeur pédiculée du petit épiploon de la grosseur



Tumeur cathétérisée et injectée après
éxérèse. On remarque la présence d'une
importante vascularisation sur toute
la surface.

d'un pamplemousse bilobée avec un aspect encéphaloïde basculant au devant de l'estomac; le pédicule est à point de départ au niveau de la petite courbure de l'estomac. Des vaisseaux extrêmement dilatés parcourent la surface de la tumeur. On réalise l'hémostase de ce pédicule pas à pas pour enlever complètement la tumeur qui ne semble pas tenir à la paroi stomacale. Après cathétérisme la pièce est injectée et photographiée. (Voir iconographie).

Il semble en définitif s'agir d'un schwannome qui a perdu ses connexions avec l'estomac. Ceci est confirmé par un examen histologique lequel montre une prolifération d'éléments fusiformes un peu rubannés, groupés en formation fasciculée et même tourbillonnante. Par place, on rencontre des ébauches de disposition palissadique des noyaux.

(Pr C. Vedrenne)

L'évolution ultérieure a été des plus satisfaisantes.

OBSERVATION N° :

Monsieur L. Rab, 56 ans, est hospitalisé en urgence pour hématomèse de grande abondance survenue après une période assez courte d'asthénie intense. La veille de l'accident hémorragique, le malade a ressenti au niveau du creux épigastrique des douleurs diffuses sans aucune rythmicité avec un état nauséux et une certaine impression d'angoisse, puis subitement il vomit une quantité appréciable de sang noirâtre.

A son admission, le malade présente une pâleur impor-

tante avec une T. A. à 10/5 et un pouls faible et rapide. La NFS nous montre 3200000GR avec une hématocrite à 20%. On relève également une hyperglycémie à 2,96 g/l. Le malade est placé sous réanimation. Un 2ème bilan fait 3 jours après montre une amélioration certaine tant clinique que biologique. En effet la NFS montre 3250 00 GR avec une hématocrite à 30,50% et l'EG est meilleur. Toutefois la glycémie reste toujours élevée.

On met alors le malade sous glucidorol ce qui amena la glycémie aux environs de 1,50 g/l. Les examens radiologiques quand à eux montrent une image de type ulcéreux entouré d'un grand halo que l'on pensait être de l'œdème; on décida alors une intervention vu les antécédents pathologiques du malade.

En effet, 1 an auparavant, il avait déjà présenté une hématomèse d'abondance moyenne qui avait nécessité dans les mêmes conditions une hospitalisation en urgence. La radiographie à l'époque n'avait rien révélé.

Intervention:

Laparatomie médiane sus-ombilicale. Elle montre qu'il ne s'agit pas d'un ulcère mais d'une tumeur bénigne de l'estomac située dans la région antro-pylorique confirmée par une gastrostomie. Il s'agit en effet d'une tumeur non pédiculée siégeant sur la petite courbure de la taille d'une mandarine et ulcérée en son milieu, avec une large base d'implantation. On réalise une résection gastrique, une antro-pyloréctomie avec anastomose gastro-duodénale de type Péan. La pièce est envoyée à l'Ana-Path.

Examen Histologique:

Il retrouve l'aspect classique du schwannome bénin avec cellules fusiformes à noyaux réguliers, groupés en nappe tourbillonnantes réalisant " la disposition palissadique ".

L'évolution ultérieure a été là également des plus satisfaisantes.

OBSERVATION N°3

Madame, O. K. 51 ans mère de 6 enfants est admise d'urgence dans le service pour hématomèse avec mœlena de grande abondance. Outre la constatation d'une pâleur assez accentuée est d'une faiblesse manifeste on relève l'existence d'une tumeur abdominale sous la forme d'une petite tuméfaction de l'hypochondre gauche dont l'apparition semble remonter à 6 mois avant son hospitalisation. Cette masse plus allongée qu'arrondie s'étend de l'épigastre au flanc gauche et ne réveille aucune douleur à la palpation. Elle était à l'origine d'une gêne à type de pesanteur, cependant l'absence de toute manifestation bruyante n'inquiétait nullement la malade jusqu'au jour de l'accident hémorragique. Le bilan pratiqué montre une NFS à 3.200.000 GR et 8.000 GB, une vitesse de sédimentation élevée et une hématocrite à 28%; le reste: urée, glycémie... est normal.

Les examens radiologiques quant à eux mettent en évidence un T.G.D. normal avec une grande courbure qui semble toutefois légèrement attirée vers la droite. Le cadre duodénal est normal. Le lavement baryté par contre montre un angle colique gauche refoulé vers le bas avec même une image d'empreinte sous la forme d'une encoche. Ces différents

éléments associés nous font suspecter le diagnostic de tumeur de la queue du pancréas et l'intervention est décidée après rétablissement de la malade.

Intervention:

Après incision de la peau et inspection de la cavité abdominale, on découvre facilement une tumeur polylobée de type kystique de la taille d'un petit melon. Cette masse semble partir de la queue du pancréas et se fistuliser au niveau de l'estomac par une bouche de 10 cm de diamètre (ce qui nous expliquerait les moelenas). On réalise une splénopancréastectomie caudale avec fermeture de la brèche au niveau de l'estomac. La pièce opératoire est remise à l'Ana-Path.

Examen histologique:

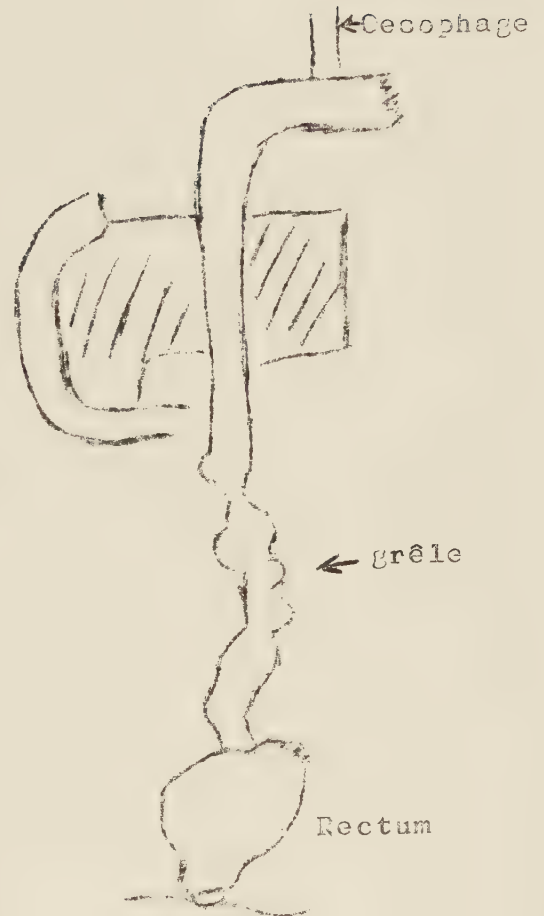
Des prélèvements en divers endroits montrent une disposition cellulaire en faisceaux parallèles assez évocatrice de la nature schwannienne de la tumeur. A cette époque on ne note pas de remaniements francs ni de désordre vasculaire en faveur d'une dégénérescence.

La malade est suivie régulièrement à sa sortie d'hôpital tous les trois mois jusqu'au jour où l'on eu la désagréable surprise de constater la présence d'une masse abdominale récidivante soit deux ans après l'intervention.

Le bilan pratiqué au cours de cette seconde hospitalisation tant biologique que radiologique ne retrouva aucune anomalie évidente. L'hypothèse d'une récurrence du schwannome initial est envisagée et une deuxième intervention est proposée à la malade qui la refuse car ne présentant aucune manifestation clinique. Six mois après elle revient mé-



Flambée Métastatique moins de
2 ans après la 1ère Inter-
vention: Disséminations satellites
de l'estomac et du cadre colique.



Deuxième intervention
chez la même malade:
anastomose sur Anse mon-
tée en Λ à la Roux.

connaissable avec un abdomen monstrueux polylobé et une anémie occulte.

Une réintervention est décidée et permet alors de constater toute une dissémination de masses de taille différente satellites de l'estomac et du cadre colique. On réalise une colectomie subtotala avec rétablissement de la continuité par iléo sigmoïdectomie termino-latérale et une gastrectomie de nécessité; la petite courbure était jalonné de masses dont une grosse à la hauteur de l'angle du cardia; anastomose sur anse montée en Y renversé à la roux. L'examen histologique confirme le diagnostic de schwannome à point de départ gastrique. Des remaniements importants cependant font suspecter une dégénérescence.

La malade a été revue 2 mois après à l'occasion d'un abcès de la fesse. Elle présentait un état général très altéré, cachectique évoquant le tableau de néoplasie maligne.

OBSERVATION N°4

Monsieur H. B. 59 ans, originaire de Grande Kabylie, est admis d'urgence au service de gastro-entérologie pour hématomèse et mœlena de grande abondance avec altération de l'état général qui ont nécessité une réanimation intense. Le malade a ressenti avant cet épisode de vagues douleurs épigastriques et dans ses antécédents, on ne relève aucune histoire digestive. Le bilan pratiqué, outre la mise en évidence d'une anémie importante, a montré fait capital, au transit baryté une cavité gastrique augmentée de volume et surtout une image de défaut au niveau de la grosse tubéro-

sité qui fait évoquer le diagnostic de tumeur gastrique. Le malade avait alors refusé l'intervention chirurgicale qui lui avait été proposée et quitte le service mieux rétabli. Six mois après, il y est réadmis dans un tableau d'anémie sévère (hématocrite à 15%) qui se répare très lentement. Il est ensuite adressé en chirurgie pour tumeur gastrique polaire supérieure droite dont la nature bénigne ou maligne est difficile à préciser. Au cours du bilan pré-opératoire on retrouve au T.G.D. l'image de tumeur au niveau de la grosse tubérosité avec un aspect d'ulcération se projetant sous la forme d'une image aérique centrale.

Intervention: Le 8/7/1970 par le Professeur Mentouri.

I.M.S.O: découverte d'une tumeur siégeant le long de la grande courbure ayant un développement intra et extragastrique, tumeur en sablier sans adhérence aux organes voisins. On note une circulation sans adhérence péritonéale avec des adénopathies de type inflammatoire le long du pédicule hépatique. Le reste de l'exploration ne montre rien de particulier; l'hypothèse d'un schwannome gastrique ulcéré est déjà émise à ce stade. On réalise une résection gastrique segmentaire laissant une colerette gastrique sous caudale avec rétablissement de la continuité oeso-gastrique.

L'Anapath retrouve l'aspect d'une large prolifération tumorale ulcérée et infiltrante à bord épais. L'examen histologique quant à lui, confirme le diagnostic de schwannome (cellules fusiformes disposées en faisceaux tourbillonnants) qui semble très probablement malin en raison de la densité cellulaire, de zones de nécrose et de lacunes vasculaires.

Les suites opératoires sont bonnes et le malade sort dans un état satisfaisant en dehors d'une légère anémie.



H. B. 59 ans.

Image lacunaire au niveau de la
région cardio-tubérositaire.

Quinze mois après, il est réadmis pour tumeur abdominale latéro-ombilicale gauche nettement délimitée. Un deuxième bilan est pratiqué sans toutefois individualiser d'anomalie caractéristique. En effet tant au T.G.D. qu'au lavement baryté ou à l'U.I.V., on ne retrouve pas d'image de défaut ou de refoulement quelconque. Sur le plan biologique aucune particularité.

Deuxième intervention le 5/3/1972:

Libération de la tumeur à contenu hématique et nécrotique, tumeur développée dans le grand épiploon adhérente au mésocolon transverse et à la première anse grêle. Il existe de nombreuses adénopathies de la chaîne gastro-épiploïque. Tout ceci est en faveur d'une métastase péritonéale. On réalise une résection de la tumeur et un curage ganglionnaire.

La pièce opératoire est de la taille d'une tête d'enfant renfermant du sang et des débris d'aspect encéphaloïde. A l'examen histologique, le diagnostic de néoplasie maligne ne fait aucun doute: Prolifération à densité cellulaire très importante en forme de fuseaux avec de nombreuses mitoses atypiques. La vascularisation est de type mixte. Le tout évoque une dégénérescence manifeste du schwannome initial avec évolution métastatique.

OBSERVATION N°5

Monsieur D.A. Coiffeur âgé de 52 ans et père de 5 enfants est hospitalisé au service de chirurgie pour hématémèse avec melena récidivants, de moyenne abondance. On note à son admission en dehors d'une asthénie intense, une pâleur importante objectivée par une anémie clinique con-

firmée par la biologie. La N.F.S. donne 3.800.000 GR avec une hématokrite à 30%.

L'examen physique permet de retrouver une tumeur de l'hypochondre gauche débordant de 4 travers de doigt le rebord costal et simulant à s'y méprendre une splénomégalie. Ceci d'ailleurs, trait assez caractéristique, fait errer le diagnostic longtemps en faveur d'une affection hématologique; le reste de l'examen ne révèle pas d'anomalie.

A la radio notamment au T.G.D. il existe un étirement de la région antro-pylorique avec une image marécageuse au niveau du bas fond de l'estomac, image assez évocatrice d'une tumeur gastrique. Vu les antécédents d'hématémèse et de mœlena que le malade a présentés notamment à 4 reprises et sur une période s'étalant sur moins de deux ans, l'intervention est décidée.

Intervention: Le 6/10/1972 par le Pr. Lehtihet.

Après laparotomie médiane sus-ombilicale, on découvre une énorme masse tumorale hypervascularisée d'aspect kystique de la taille d'un gros pamplemousse. Cette tumeur envahit l'épiploon duquel on peut la décoller assez facilement. On réalise une libération progressive sous ligature vasculaire avec gastrectomie des deux tiers suivie d'une anastomose de type Finsterer. La pièce est envoyée en Ana Path.

L'aspect macroscopique est celui d'une néoplasie à cause de la présence par endroit d'une petite végétation en chou-fleur. L'étude histologique met en évidence une prolifération de cellules fusiformes dissociées par l'œdème avec une disposition assez typique en faisceaux tourbillonnants. La paroi vasculaire est souvent hyalinisée. L'aspect

évoque un schwannome gastrique.

Les suites opératoires sont bonnes et le malade quitte le service dans un état satisfaisant. Dix-huit mois après en Janvier 1974, il fût réhospitalisé pour une ascite de grande abondance dont la ponction ramène un liquide assez visqueux et hémorragique. Cette ascite semble cloisonnée par des adhérences consécutives à l'intervention ou à une récurrence de la tumeur. L'aspect hématique et intarissable de l'épanchement plaide assez en faveur d'une étiologie néoplasique du schwannome initial.

ETUDE DES CAS PERSONNELS
=====

Ces 5 observations constituent la base de notre travail; elles représentent à priori un échantillonnage assez restreint, étant donné que 4 d'entre elles présentent un grand nombre de caractères communs, à première vue maladies admis en urgence pour hématoméso. Toutefois leur étude nous permettra de dégager et par là même de retrouver les principaux traits du schwannome, devenues déjà classiques grâce aux nombreuses publications. Nous insisteront notamment sur le côté épidémiologique, radio-clinique, le potentiel de dégénérescence et le traitement chirurgical.

Le premier aspect intéresse la fréquence : en même temps que les 5 schwannomes diagnostiqués, 5 autres tumeurs bénignes gastriques ont été rencontrées, tumeurs se répartissant comme suit :

- Un adénome, une tumeur villositaire, un leiomyome, une tumeur myxoïde et une hyperplasie réticulaire ce qui fait des schwannomes, les tumeurs bénignes les plus fréquentes de l'estomac.

Pour le siège, on retrouve 2 localisations au niveau de la petite courbure, 2 localisations antro-pyloriques et une au niveau de la grosse tubérosité.

L'âge par ailleurs, varie de 45 jusqu'à 61 ans. Toutefois, il est à considérer que la quasi-totalité de nos malades ont été admis en urgence ce qui nous permet d'admettre que la tumeur existait déjà bien avant la complication hémorragique.

Le sexe quant à lui, 2 femmes sur 5, ne doit pas nous permettre de tirer un quelconque jugement si non que le schwannome peut toucher invariablement l'homme ou la femme.

Paradoxalement, alors que tous les auteurs s'accordent pour insister sur le grand polymorphisme clinique, il semble se dégager de nos observations une certaine unicité. Quatre malades sur cinq en effet ont présenté une hémorragie qui aura révélé l'existence de la tumeur gastrique. Cette hémorragie, le plus souvent fut de survenue brutale annoncée par de vagues douleurs épigastriques non spécifiques et une certaine nausée avec faiblesse peu de temps avant l'accident hémorragique.

L'une de nos malades (3ème Obs.) n'ignorait pas cependant la présence d'une tuméfaction abdominale qui ne l'inquiéta nullement tant elle ne se manifesta pas cliniquement. Par moment, elle ressentait une gêne à type de pesanteur dont elle s'accommodait parfaitement jusqu'au jour de son accident hémorragique. Cet aspect ayant trait à la latence du schwannome est retrouvé d'ailleurs chez une autre malade (1ère Obs.). Ici, fait plus marquant, l'apparition de la tumeur (le seul signe présent) remonterait non pas à six mois, mais à six ans, pendant lesquels là aussi la malade n'accusa aucune symptomatologie qui puisse l'inquiéter si ce n'est le volume de la masse.

Par ailleurs, les 4 malades ont été admis en urgence et nécessité une réanimation intense. Le bilan biologique a retrouvé et confirmé l'anémie clinique; il a permis également de suivre l'évolution et d'apprécier la récupération.

Le bilan radiologique quant à lui, a été significatif

à 2 reprises; il nous aura permis de porter le diagnostic de tumeur gastrique en pré-opératoire grâce à une image de défaut (4ème Obs.) et une image marécageuse (5ème Obs.). En effet le T.G.D. pratiqué chez le premier malade mit en évidence une cavité gastrique augmentée de volume et, fait capital, une image d'amputation assez importante et bien limitée au niveau de la grosse tubérosité, image très évocatrice d'une tumeur gastrique (il est à noter qu'à l'époque la classique niche ou cocarde typique de l'ulcération centrale n'a pas été retrouvée). Six mois après à l'occasion d'une réhospitalisation pour une anémie des plus sévères, l'examen radiologique nous permet de retrouver alors l'image d'amputation au niveau de la grosse tubérosité en même temps cette fois-ci qu'un aspect d'ulcération se projetant sous la forme d'une image aérique centrale.

Chez le deuxième malade (Obs. 5) le transit baryté objectiva pour sa part une image marécageuse au niveau du bas fond de l'estomac associée à un étirement de la région antro-pylorique assez caractéristique .

Une fois (Obs. 2) l'examen radiologique nous fit évoquer, à tort, le diagnostic d'ulcère à cause d'un gros halo que l'on pensait être de l'œdème au niveau de la région pré-pylorique.

Ailleurs la radiologie n'apporta rien de spécifique.

L'endoscopie, qui pour sa part aurait pu représenter un apport appréciable, nous fit défaut. Devant un tableau d'hémorragie récidivante (3 cas sur 4) et des arguments radio-cliniques assez évocateurs d'une histoire tumorale gastrique, la décision thérapeutique s'imposa d'elle-même ne nous permettant pas d'entreprendre cette manoeuvre.

La conduite thérapeutique chez nos malades a été dictée essentiellement par des considérations topographiques et macroscopiques. C'est ainsi que les tumeurs présentant un pédicule ont fait l'objet d'une résection limitée à ce dernier (Obs. 1), avec colerette gastrique (Obs. 3). Les tumeurs possédant quant à elle une large base d'implantation ont nécessité une exérèse segmentaire avec rétablissement en fonction du siège: antro-pylorectomie avec anastomose à la Féan chez le deuxième malade, résection segmentaire du pôle supérieur avec anastomose oeso-gastrique chez le quatrième malade.

Le geste thérapeutique chez le 5ème malade a été influencé par l'aspect macroscopique de la tumeur très en faveur d'une malignité à cause de la présence de végétation en chou-fleur par endroit. Une gastrectomie des 2/3 avec rétablissement à la Finsterer fut réalisée.

L'évolution post-opératoire, avec un recul allant jusqu'à six ans pour certains malades, nous aura permis de lever le doute quant à la nature bénigne ou maligne de la lésion. En effet les cas suspects d'emblée de malignité (Obs. 1. 4. 5.) par l'aspect macroscopique (en même temps qu'histologique) ont évolué rapidement vers une aggravation malgré l'acte chirurgical. Les 3 malades furent réhospitalisés précocément 18 mois après ou plus tard dans un tableau de cachexie typique d'une néoplasie maligne. Ils présentaient également des métastases à distance qui auraient rendu aléatoires toute thérapeutique.

CONFRONTATION A PROPOS DE
=====

NOS OBSERVATIONS EN FONCTION
=====

DES PUBLICATIONS ANTÉRIEURES
=====

De l'étude de nos observations, se dégage une certaine concordance vis-à-vis des données classiques qui ont émergé à travers les nombreuses publications antérieures; le trait dominant et distinctif de notre travail résidant dans l'importance du signe révélateur qu'est l'hémorragie.

Tout d'abord en matière de fréquence, il est aisé d'affirmer que les schwannomes gastriques représentent une lésion rare (5 cas seulement relevés sur une période s'étalant sur plus de 6 ans), les lésions ulcéreuses de même que les néoplasies malignes constituant le lot quotidien de la pathologie gastro-duodénale. Aucune école n'a pu faire état d'une statistique importante en une période limitée; par contre on trouve dans la littérature de nombreuses petites séries qui font que tout chirurgien en observe un cas de temps en temps. Toutefois au sein des tumeurs bénignes, il est établi que les schwannomes gastriques occupent le premier rang (LOUCHET): 5 cas sur 10 en ce qui nous concerne ce chiffre toutefois paraît assez élevé face à l'appréciation de la quasi-totalité des auteurs qui admettent une proportion de l'ordre de 10 à 15%. GRIMOND en a retrouvé 12 cas sur 45 (1971); Finnes et Geschickter dans un travail plus vaste ont rencontré 102 cas sur 931 (1958). Après les schwannomes par ordre de fréquence décroissante, nous retrouvons respectivement les polypes, les léiomyomes, les fibromes, les lipomes et autres.

L'âge, le sexe comme le siège de la lésion sont des plus contingents.

L'âge tout d'abord de nos malades varie de 45 à 61 ans ce qui fait une moyenne de l'ordre de 54 ans. Etant donné toutefois la grande latence que possède les schwannomes, il est permis de penser à une longue évolution silencieuse/la-^{pendant} laquelle le malade n'a pas ressenti de symptômes importants l'ayant obligé à consulter. D'ailleurs 4 de nos cas furent admis en urgence pour complication hémorragique.

Parallèlement nous constatons une certaine concordance avec les publications antérieures : à savoir un âge qui varie de 40 à 60 ans; tous les auteurs sont d'accord cependant pour signaler la possibilité d'une atteinte bien avant ou après cette marge d'âge; en effet de nombreux cas furent rapportés chez l'adulte jeune comme après 80 ans.

Le sexe quant à lui, deux femmes pour 3 hommes en ce nous concerne n'est que relatif et n'a rien d'absolu. Il semblerait même exister une légère prédominance pour le sexe féminin (50%) d'après de nombreux auteurs.

Pour le siège, toutes les localisations peuvent se voir depuis le cardia jusqu'au pylore, avec une certaine prédilection toutefois pour les courbures, plus particulièrement la petite courbure en raison de sa riche innervation (Lefèvre, Gaussen, Lasserre); 73% pour A. Mouchet (1971). Il en a été ainsi de nos constatations où l'on retrouve 2 localisations à la petite courbure (Obs. 1 et 2) 2 localisations à la grande courbure étalées l'une au niveau de la grosse tubérosité et l'autre dans la région pré-pylorique) et enfin une localisation antro-pylorique. Par comparaison aux schwannomes le siège d'élection des autres tumeurs gastriques dans leur ensemble (adénome polype et autres...) serait la région antro-pylorique: 56% pour Hillemand qui re-

marque par ailleurs que la fréquence du siège augmentait au fur et à mesure que l'on se rapprochait du pylore.

Les circonstances de découverte du schwannome de même que les signes révélateurs sont très variables à tel point qu'il n'existe pas de signe d'appel spécifique, ni de symptomatologie propre. Ils se caractérisent par un grand polymorphisme dont le seul avantage est d'attirer l'attention vers un trouble gastro-duodénal. Il arrive souvent cependant qu'ils se manifestent pour la première fois subitement sans aucun signe annonciateur par des complications dans la tendance hémorragique occupe la scène-clinique. En ce qui nous concerne, cette hémorragie a été 4 fois sur 5 le signal d'alarme. Ceci met particulièrement en relief la valeur sémiologique considérable de ce signe.

En effet hormise la 1ère malade, admise pour perception d'une masse abdominale, malade sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs pour mettre l'accent sur la grande latence dans l'évolution^{du} schwannome, les 4 autres patients ont été tous admis en urgence pour hématomèse plus méloena. Il s'agit le plus souvent (3 fois sur 4) d'hémorragies récidivantes qui n'ont pas fait l'objet d'une sanction thérapeutique adéquate en son temps pour des raisons diverses : une fois parce que^{le} malade a refusé l'intervention initialement, (Obs. 4) et à 2 reprises pour des " errements " diagnostiques :

- confusion avec un ulcère G.D. (Obs. 2)

- confusion avec une affection hématologique (Obs. 5)

à cause d'une anémie avec masse de l'hypochondre gauche prise à tort pour une splénomégalie. Ceci d'ailleurs met l'accent sur les difficultés et les nombreuses possibilités de méprise diagnostic.

La survenue de cette hémorragie surtout après une grande période de latence s'expliquerait par une ischémie de la muqueuse refoulée de dehors en dedans, ou encore par un traumatisme de cette muqueuse agressée de dedans en dehors par les aliments. Le résultat en est une ulcération à type de cratère donnant l'aspect assez typique de col utérin à l'endoscopie. La fréquence de l'hémorragie et de l'ordre de 75% (Henry) et tous les auteurs s'accordent pour reconnaître sa grande valeur comme signe révélateur.

A la place de l'hématémèse, laquelle inquiète le plus le malade par son côté spectaculaire, il peut s'agir toujours dans le cadre des hémorragies respectivement de méloena, de pâleur ou d'une anémie plus intense.

Parfois c'est la perception par le malade même d'une tumeur de siège variable (épigastre ou hypochondre) qui révèle l'affection. Telle notre malade (1ère Obs.) qui se savait porteuse d'une masse abdominale depuis 5 ans et dans la seule manifestation consistait alors en une pesanteur qui la gênait au fur et à mesure de la croissance de cette tuméfaction. Outre l'existence d'une manifestation hémorragique ou la perception d'une masse, souvent volumineuse, la clinique se réduit parfois à des troubles dyspeptiques assez difficiles à étiqueter étant donné la grande similitude qui peut se voir avec l'ensemble des affections digestives : ballonnement, vague gêne abdominale, lourdeur post-prandiale. Souvent le malade décrit une véritable symptomatologie ulcéroforme ou encore à type de dyskinésie biliaire.

Dans certaine circonstance, ce sont des complications mécaniques découlant du syndrome tumorale qui viennent attirer l'attention : manifestation à distance par refoulement

ou compression d'un organe, le colon le plus souvent ou encore au niveau de la région pelvienne faisant errer le diagnostic à la sphère génitale. Au niveau de l'estomac, on peut assister à un syndrome de sténose gastrique par invagination de la tumeur à l'intérieur du duodénum : cas des tumeurs reliées par un long pédicule à la région antrale.

Au total, il nous apparaît donc que la clinique est des plus variées par son polymorphisme, rarement spécifique ou pathognomonique, et souvent évocatrice par la fréquence des hématémèses : 75% des cas dans la littérature et 4 fois sur 5 en ce qui nous concerne ce qui concorde pour mettre particulièrement en relief la valeur sémiologique de ce signe.

L'intérêt de cette clinique en plus de son rôle révélateur lorsqu'elle est évocatrice, est d'attirer l'attention sur la sphère gastro-duodénale et de conduire alors à la pratique d'un bilan radiologique.

Très souvent, ce dernier représente l'étape fondamentale dans l'édification du diagnostic. A deux reprises, l'apport de la radiologie nous a permis d'évoquer le diagnostic en pré-opératoire (Obs. 4 et 5) chez le premier malade (Obs.4) l'image au T.G.D. était les plus typiques : lacune bien délimitée dans un premier temps avec une niche centrale en co-carde au cours d'une deuxième exploration. Chez le 2ème malade, l'image radiologique était moins typique toutefois assez évocatrice : en effet on avait affaire à une lacune irrégulière donnant un aspect marécageux associé à un étirement du bas-fond de l'estomac.

Il arrive cependant que les caractères radio-cliniques du schwannome soient assez atypiques ou encore franchement

impuissants à objectiver des lésions assez volumineuses pourtant (1ère et 3ème observation un T.G.D. normal). On se trouve alors face aux plus grandes difficultés diagnostiques; telle également la 2ème observation où l'image obtenue (une espèce de halo mal défini.) nous fit conclure assez hâtivement d'ailleurs à un ulcère. Ceci met en évidence les insuffisances d'un examen baryté standard et toute l'importance d'une technique appropriée : examen en couche mince sous morphine ou clichés après compression ou insufflation parmi les plus courants.

Les travaux les plus récents ont surtout pour but le diagnostic radiologique de l'affection grâce à une perfection plus poussée de la technique :

- Examen scopique sous écran pour apprécier la mobilité relative de la lacune par rapport au plissement muqueux ce qui est précieux dans l'affirmation du caractère intrinsèque de l'image.

- La radio-cinéma qui montre la dépendance ou l'indépendance de l'image aux parois de l'estomac.

- Pneumo-péritoine associé parfois à une insufflation sous examen standard ou en coupe (P. Forcher) ce qui nous donnerait des indications sur les connexions de la tumeur avec la paroi gastrique.

- Actuellement l'artériographie (Angiographie du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure) susceptible d'apporter d'utiles renseignements sur la vascularisation de la tumeur (irrégularité et lacs vasculaires) ou d'éventuelles métastases hépatiques : certains l'utilisent systématiquement, mais en fait, elle devrait rester d'indication exceptionnelle (notamment face à une négativité des examens habituels: radiologie, fibroscopie).

Ainsi donc on voit l'intérêt des différents artifices

qui doivent être mis en oeuvre pour d'une part visualiser la tumeur et d'autre part fournir une image aussi précise que possible. L'endoscopie de son côté peut contribuer dans ce sens : elle permet surtout d'apprécier la souplesse des parois gastriques à l'entour, signe en faveur de la bénignité de la tumeur. Elle retrouve plus souvent l'aspect désormais classique dit " en col utérin " correspondant à l'ulcération centrale. Mais il arrive aussi que la tumeur échappe au champ visuel du fibroscope traduisant par là les limites de cet examen.

Les multiples difficultés rencontrées au cours de l'établissement du diagnostic se retrouvent par ailleurs en Ana-Path, à cause de la grande diversité qui règne tant en macroscopie qu'en microscopie plus particulièrement.

L'aspect macroscopique de la tumeur est en effet des plus variés. Le siège tout d'abord, comme nous l'avons déjà constaté, peut se voir à tous les niveaux de l'estomac avec toutefois une certaine prédilection pour la petite courbure.

L'aspect quant à lui peut nous fournir en lui-même d'utiles renseignements si bien qu'il permet parfois de suspecter d'emblée le diagnostic de schwannome dans les cas les plus typiques :

- tel l'exemple de la première observation où la tumeur réunissait tous les caractères macroscopiques évocateurs du schwannome: tumeur pédiculée pleine prenant naissance à la petite courbure de la dimension d'un pamplemousse, bilobée, d'aspect encéphaloïde et de couleur blanc jaunâtre.

- tel également l'exemple de la deuxième observation

où la tumeur du volume d'une petite orange avec une large base d'implantation présentait en son centre une ulcération bien caractéristique retrouvée aussi chez le 4ème malade. Chez les deux autres, le 3ème et le 5ème, les signes en faveur du schwannome se trouvent représentés par un remaniement kystique assez fréquent d'ailleurs dans ce type d'affection.

La taille quant à elle est variable souvent de la grosseur d'un pamplemousse, notamment dans les tumeurs à développement endogastrique. Les tumeurs les plus volumineuses jusqu'à une tête d'enfant (ou un poids de 6 kilos) sont surtout l'apanage des formes exogastrique. (4ème Obs.). Ces dernières semblent être plus fréquentes que les formes endogastriques:

- Deux franchement exogastriques et deux autres en sa-
blier mais avec une prédominance exogastrique. Seul un ma-
lade (Obs. 2) présentait un développement endogastrique net.

Dans tous les cas, la tumeur semblait bien limitée et bien encapsulée, caractère important du schwannome. L'existence cependant d'adhérence (3ème malade adhérence avec la queue du pancréas) et la présence d'une végétation en chou fleur (chez le 5ème malade) laissaient déjà présager une origine maligne de la tumeur.

Le diagnostic, cerné déjà par la clinique, la radio et l'aspect macroscopique de la lésion, se trouve le plus souvent affirmé grâce à un examen histologique.

Mais on retrouve là plus qu'ailleurs les difficultés dont il a été fait mention plus haut. Le schwannome en effet se caractérise sur le plan microscopique par un grand

polymorphisme qui impose des prélèvements multiples en divers endroits dans l'espoir de retrouver les groupements caractéristiques très évocateurs alors. Cet aspect typique a été pratiquement rencontré chez tous nos malades :

" Prolifération d'éléments fusiformes, un peu rubannés groupés en formation fasciculée (pour Masson l'élément essentiel de tout neurinome) et même tourbillonnante; par endroit, ces formations prennent une disposition palissadique due à l'agencement parallèle des cellules dont les noyaux se superposent entre eux. Lorsque ces aspects palissadiques deviennent nombreux réalisant des plages, ils constituent alors les " nodules de Vérocay " (1ère et 2ème Obs.).

Cette disposition fibrillaire pure, correspondant au type A. d'Antoni, est cependant loin d'être constante car en réalité coexistent le plus souvent sur la même tumeur d'autres plages moins caractéristiques, dominées par une disposition plus réticulaire que fibrillaire.

On se trouve alors face au type B. d'Antoni plus difficile à affirmer que le premier type. (5ème Obs.). La Difficulté est encore plus ardue lorsqu'il existe des remaniements qui viennent bouleverser cette structure déjà complexe.

- sclérose collagène en bordure des nodules de Vérocay.
- nécrose susceptible d'être à l'origine de Kyste.
- transformation myxoïde pouvant aboutir à une fonte colloïdo-kystique avec tout autour des plages de structure schwannienne typique (description de J. G. Henry dans sa magistrale thèse en 1960).

Cet aspect a été retrouvé chez la 3ème malade au cours de sa 2ème hospitalisation.

La difficulté majeure pour les histologistes en dehors de l'affirmation de la malignité devant les cas atypiques, consiste à trancher entre schwannome et leiomyome : c'est le cas des tumeurs dépourvues de capsule et paraissant en continuité avec la musculaire : ceci expliquerait les % différents des relevés Anglo-Saxon et Français. Ainsi, revoyant les mêmes coupes, Potet, Martin et Marche font état de 28% de diagnostic divergent (A. Mouchet 1971).

Quant à la malignité, elle est souvent difficile à apprécier et représente fréquemment une surprise opératoire (Obs. 5 : végétation en chou-fleur) et surtout histologique : l'état général du malade évoquant rarement à ce stade le tableau d'une néoplasie maligne : cas de l'observation 4 où la malignité a été suspectée en raison de la densité cellulaire, de la présence de zones de nécrose et de lacunes vasculaires; c'est le cas également de l'observation 5 où l'examen histologique a révélé une forme dégénérative : Antoni de Type B.

Parfois, il arrive que même l'examen histologique ne permette pas de suspecter le caractère malin de la tumeur, soit en raison d'anomalie cyto-nucléaire vague ou en présence d'un aspect polyédrique des cellules, ou encore simplement devant l'absence de remaniements francs ou désordres vasculaires en faveur d'une dégénérescence (cas de l'observation 3).

Au total, sur les 5 cas de schwannome étudiés, 3 cas se sont avérés malins (3ème, 4ème, et 5ème observation) : deux diagnostiqués en tant que tels (4ème et 5ème observation) grâce à l'histologie, le 3ème confirmé par l'apparition d'une flambée métastatique après une évolution de 18 mois.

Cette proportion de 3 malades sur 5 met particulièrement en relief le potentiel de dégénérescence du schwannome (20% pour Henry) et justifie de ce fait la mauvaise réputation qui lui est attribuée.

Ainsi, A. MOUCHEBT et J. MARQUANT sur 15 schwannomes gastriques en ont retrouvés 2 franchement dégénérés, 6 suspects, 7 bénins. RIBET quant à lui, sur 8 cas, relève 4 schwannomes dégénérés.

Par ailleurs cette possibilité de dégénérescence est si redoutée et réelle qu'elle a été à l'origine des longues discussions thérapeutiques pendant 3 décennies de même qu'elle avait divisé les chirurgiens quant à l'étendue de l'exérèse.

T R A I T E M E N T

=====

Le traitement du schwannome ne saurait être que chirurgical consistant notamment en une exérèse de la tumeur. Devrait-on cependant réaliser une exérèse large ou économique de la néoplasie ?

Dans un premier temps, la tendance était à l'exérèse large, les auteurs (dont NEYRAUD parmi les premiers) justifiant leur attitude par la possibilité de transformation maligne, de noyaux aberrants qui exposeraient le malade à des interventions itératives, la possibilité de complications post-opératoires à type de sténose médio-gastrique et enfin " l'impossibilité " macroscopique et même microscopique d'affirmer la bénignité entière de la tumeur au cours de l'intervention.

Par la suite, cette théorie apparut par trop dogmatique à la majorité des auteurs (dont DELANNOY, QUELETTE, et HENRY...) qui prônèrent à leur tour les avantages de l'exérèse économique :

- absence de récurrence.
- absence de métastase ganglionnaire, ces dernières se faisant par voie sanguine et non lymphatique.
- aspect macroscopique de la tumeur : exérèse en coarctée dans le cas de la tumeur bien limitée emportant ainsi à la base d'un plan d'implantation; résection limitée au point d'implantation de la tumeur dans le cas de pédicule.
- souplesse de la paroi gastrique en faveur également de la bénignité.

De plus, il est admis actuellement que l'exérèse large ne met pas plus à l'abri des récides métastatiques que l'exérèse limitée dans le cas de schwannome malin. En effet son génie métastatique n'est enrayé par aucune intervention aussi large soit-elle à visée curatrice ganglionnaire.

L'évolution post-opératoire presque toujours s'avère désastreuse l'issue fatale survenant précocément 1 à 2 ans après.

En fait, il est vain de vouloir systématiser la conduite chirurgicale. Cette exérèse est essentiellement fonction de considération topographique en même temps que la taille, l'implantation et l'aspect évolutif. D'autre part l'expérience de l'opérateur constitue entre autre un rôle de premier plan dans la détermination de la tactique opératoire adaptable à chaque cas particulier.

Ceci d'ailleurs illustre les différentes méthodes qui ont été adoptées devant chacun de nos malades.

Ainsi si l'attitude observée devant le premier cas (Observation 1) nous paraît simple (résection limitée au pédicule de la tumeur laquelle présentait toutes les apparences macroscopiques du schwannome bénin), les autres ont nécessité une considération particulière des conditions topographiques notamment pour le rétablissement:

- Antro-pyloréctomie chez le 2ème malade à cause de la proximité immédiate du pylore avec rétablissement de l'anastomose selon le procédé de PEAN vu l'absence de lésion ulcéreuse associée.

- Résection gastrique segmentaire laissant une colérette sous-cardiale avec rétablissement de la continuité oeso-gastrique.

- Gastrectomie des deux tiers avec rétablissement à la FINSTERER à cause de la taille de la tumeur qui a littéralement envahi le fundus et un peu l'Antre.

- Fermeture de la brèche gastrique seulement avec pancréatectomie caudale, la tumeur semblant naître au dépend du pancréas et se fistuliser dans l'estomac. Ici le diagnostic a été une surprise histologique.

Il est à noter qu'à aucun moment la gastrectomie totale n'a trouvé d'indication. Elle représente en effet une intervention mutilante qui laisse une infirmité fonctionnelle en même temps que de graves séquelles, son seul champ d'application étant la gastrectomie d'hémostase devant une hémorragie cataclysmique.

La gastrectomie partielle (réglée) par contre ne représente pas plus de danger que l'exérèse limitée. Sa mortalité n'est pas plus élevée et elle est plus préférable à une exérèse à la demande.

En effet les résections atypiques ont souvent l'inconvénient de poser un difficile problème de réparation : ceci est particulièrement vrai pour les tumeurs volumineuses et de siège juxta orificiel. On comprend ainsi l'attitude adoptée chez deux de nos malades porteurs l'un d'une énorme tumeur à développement antro-pylorique (5ème observation) et l'autre d'une tumeur pré-pylorique donc juxta orificielle.

Au total nous constatons que sur les 5 interventions pratiquées, 3 furent limitées à la tumeur, les 2 autres consistant en une gastrectomie partielle.

Ces 2 méthodes d'interventions (gastrectomie partielle plus exérèse limitée) en plus de l'avantage indéniable qu'elles présentent, quant à l'étendue de l'exérèse possèdent également un intérêt sur le plan technique. En effet elles se font aisément et sont presque toujours réalisables quelque soit le volume de la tumeur; elles permettent une intervention rapide et l'absence de fistule opératoire; les suites sont le plus souvent simples sans séquelles de post-gastrectomie.

Face à ces avantages les inconvénients existent certes mais paraissent mineurs. Ils se voient essentiellement face à un schwannome multiple et disséminé ou encore en présence de nodule péri-tumoral. De plus les sutures sont plus difficiles que dans le cas d'une résection réglée.

Il semble donc que l'exérèse large ne saurait avoir qu'une indication de nécessité par exemple face à une tumeur infiltrante. La présence même de signe de dégénérescence ne saurait modifier l'attitude en faveur de cette résection large étant donné l'absence de métastases lymphatiques; le génie métastatique des schwannomes malins comme on l'a déjà vu se faisant précocément et par voie sanguine.

Pour Grimoud de (l'école Lyonnaise) le choix entre les diverses techniques d'ablation est essentiellement commandé par des considérations topographiques. Cette attitude qui semble des plus logiques d'ailleurs rejoint celle de la majorité des auteurs contemporains (dont J. G. Henry) toutefois la divergence apparaît quant à la nécessité ou non d'un examen extemporané d'ana-path. Faut-il en effet faire l'examen extemporané de la tumeur?

Certains auteurs insistent particulièrement sur l'im-

portance de cet examen, ainsi la présence d'un histologiste au cours de l'exérèse devrait orienter la conduite à tenir et éviter de ce fait une mutilation gastrique inutile grâce à des coupes qui intéresseraient la zone d'implantation, la muqueuse du pédicule et les ulcérations si elles existent.

Ceci cependant semble beaucoup plus théorique que pratique quand on songe notamment aux difficultés d'un tel examen et le risque d'erreur d'interprétation; ainsi Grimoud (entre autres) recommande pour sa part de ne guère compter sur un examen histologique extemporané lorsque l'aspect macroscopique de la lésion fait naître un doute sur sa bénignité réelle, et préconise une attitude répondant aux règles de la carcinologie.

Les résultats du traitement du schwannome sont appréciés le mieux sur l'évolution post-opératoire avec toutefois un recul suffisant. Pour les schwannomes bénins (deux cas en ce qui nous concerne) le pronostic semble toujours bon (après exérèse limite ou partielle). Il n'existe pas de récidives ni de séquelles fonctionnelles, les malades retrouvent un état général parfait et reprennent de ce fait rapidement leurs activités normales.

Dans le cas de schwannome dégénéré (trois cas), l'évolution s'est toujours faite vers une aggravation rapide avec apparition d'une véritable flambée métastatique. Quelque soit le genre d'exérèse, cette dernière ne semble pas influencer le pronostic ultérieur, plus sombre ici qu'ailleurs.

C O N C L U S I O N

=====

Les schwannomes gastriques sont des tumeurs bénignes développées au dépend des terminaisons nerveuses périphériques de la paroi, ils ont suscité un intérêt soutenu parmi de nombreux auteurs pour les problèmes posés et demeurés encore tant sur le plan :

- Diagnostic (difficultés pré-opératoires).
- Histologique (potentiel de dégénérescence).
- que - Thérapeutique (étude de l'exérèse).

Leur fréquence par rapport à l'ensemble des tumeurs bénignes gastriques dont ils occupent le premier rang semble avoir actuellement augmenté en raison d'une appréciation plus juste.

S'ils présentent parfois des caractères cliniques et radiologiques assez personnels pour autoriser un diagnostic pré-opératoire, ce dernier le plus souvent offre les plus grandes difficultés à cause de la banalité des symptômes et de sa latence. La complication hémorragique est souvent révélatrice, et les observations de quatre de nos malades (sur un total de cinq) illustrent parfaitement la fréquence et la valeur séméologique de cette manifestation dont ils en font un véritable signal d'alarme. Les troubles constatés ont le mérite surtout d'attirer l'attention sur la sphère gastro-duodénale et d'imposer alors un bilan plus poussé ^{Radiologique} notamment en couche mince.

Le diagnostic, cerné auparavant par la clinique et la radiologie se trouve renforcé au cours de l'intervention qui constitue par ailleurs une étape indispensable.

L'aspect macroscopique de la lésion permet fréquemment d'étiqueter avec une grande certitude la tumeur lorsque cette dernière réunit les caractères typiques du schwannome : tumeur pleine dure encéphaloïde bien encapsulée, pédiculée ou sessile à partir de la petite courbure avec une ulcération centrale en cratère (2 cas) ou encore des remaniements kystiques (2 cas également).

L'examen extemporané de la tumeur quant à lui est d'une valeur surtout théorique car difficilement réalisable en raison des erreurs d'interprétation très fréquentes.

En effet les schwannomes gastriques se caractérisent sur le plan microscopique par un grand polymorphisme. Si leur diagnostic est assez aisé dans les formes typiques dites fibrillaires, et parfois réticulaires, il existe souvent des remaniements fréquents qui viennent bouleverser cette structure assez complexe. Et le problème le plus angoissant qui se pose alors est celui de la dégénérescence.

Est-on vraiment en face d'une tumeur bénigne ? Sera-t-elle demain ou n'est-elle pas déjà un cancer en puissance. Cette appréhension semble d'autant plus justifiée quand on pense que sur les cinq schwannomes étudiés trois se sont avérés malins. La quasi-totalité des auteurs d'ailleurs admettent la mauvaise réputation du schwannome à dégénérer facilement, toutefois avec une proportion beaucoup plus faible (20% pour Henry).

L'attitude thérapeutique adoptée face aux schwannomes s'est longtemps ressentie de cette incertitude qui d'ailleurs a divisé les chirurgiens quant à l'étendue de l'exérèse :

En faveur d'une résection large dans un premier temps à cause de la hantise de la dégénérescence, cette attitude fut critiquée par la suite en raison même de l'absence de métastase lymphatique en cas de schwannome malin. En effet le génie métastatique de ces derniers s'effectue précocément par voie sanguine et l'étendue de l'exérèse n'influencerait alors nullement l'évolution de l'affection souvent dramatique.

En effet, il nous semble vain actuellement de vouloir systématiser toute conduite chirurgicale.

L'exérèse de la lésion doit être dictée essentiellement par des considérations topographiques qui éliminent de ce fait toute indication thérapeutique " standard " dont on devrait d'ailleurs se garder.

B I B L I O G R A P H I E

=====

ALBOT G., REDON M., LIBAUDE. H:

La niche en cocarde du schwannome gastrique (Archives des maladies de l'appareil digestif Mars-Avril 1943 Tome 32 N°34 Page 79).

2- ALBOT G., BERTHET G., LEMAIRE M., GIRARD G:

Schwannome gastrique avec aspect radiologique polymorphe (Presse médicale 1954 N°58 Page 819).

3- ALBOT G., BERTHET G., BOISSON J., BOU J:

Des conditions nécessaires à l'amélioration du diagnostic radiologique des tumeurs bénignes de la région cardio-bubérositaire (Archives des maladies de l'appareil digestif Décembre 1967 Tome 53 N°12 Page 1159-1203).

4- AUGUSTE C., DECOULS P., DRIESSENS J:

Volumineux schwannome gastrique malin de l'estomac (Gazette médicale de France Avril 1945 Tome 52 N°7 Page 232).

5- ASSOUARD E., TUCHMAN L., OPPERMAN A:

A propos de 11 cas de tumeur bénigne de l'estomac (Annales de chirurgie 1961 N°15 Page 1041-1045).

6- BERGERET A., HILLEBRAND P:

A propos de la communication de BROCC et NEYRAUD (Mémoire de l'académie de chirurgie 1944 Tome 70 N° 6, 7,8, Page 81-82).

7- BERGERET A., VARAY A:

4 cas de schwannome gastrique (Archives de la maladie de l'appareil digestif 1944 Tome 33 Page 301-307).

• •

[Faint, illegible handwritten notes]

1. *Phragmites* (Common Reed)

8- BEZER H., QUENUM C.G., GOUDOTE E., DIOP A:

Volumineux schwannome gastrique (4,100 Kg) (Presse médicale 1961 Tome 69 N°39 Page 1695).

9- BISCON A.;

Les schwannomes gastriques (La vie médicale Janvier 1972 Fascule 12).

10- BROCC P., et NEYRAUD :

A propos de 2 schwannomes gastriques. (Mémoire de l'académie de chirurgie 1943 Tome 69 Page 583).

11- CACHIN M., FRILBUX C., GERARD G., JALLUT H:

A propos du diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac (Archives des maladies de l'appareil digestif 1953 Tome 42 N°1 Page 61-65).

12- CHAMPENCIT :

4 cas de schwannome gastrique (Thèse LYON 1958).

13- GLAVEL (CH):

Hémorragies gastriques. Volumineux schwannome pédiculé exogastrique (LYON Chirurgical 1944 Tome 39 N°3 Page 353).

14- CROIZAT P., REVOL L., VIALLET :

Schwannome digestif à forme anémique (Lyon médical 1949 Tome 181 Page 84).

15- DEBRAY Ca., Mme ROBERT. BENON et J. DEBRAY :

Les tumeurs gastriques au cours de l'anémie de BIERMER (Semaine des hôpitaux de Paris 1951 Page 1641 Tome 27 N°38).

16- DELANNOY E., TACQUET A., et SCOOTS G:

A propos de 17 observations de tumeur bénigne de l'estomac (Annales de chirurgie 1958 Page 751-762).

17- DELANNOY B :

Les tumeurs bénignes de l'estomac (Lyon chirurgical Mars 1965 Tome 61 N°2 Page 161-175).

18- DUFQUE R., et DUBARRY J.J.:

Un cas de schwannome de l'estomac (Archives des maladies de l'appareil digestif 1951 Tome 40 Page 1093).

19- DUPUY R., VALLIN J., et HENRI J. G.:

Schwannome et BOA. Glan-
dulaire (Archives des maladies de l'appareil digestif Janvier 1962 Page 166).

20- DUPUY R., STUHL L., VALLIN J., et SCALI R.:

Valeur du test
thérapeutique dans le diagnostic du schw. gast. (Presse médicale Novembre 1962 Tome 6 N°71).

21- EISENBETH R.:

Schw. bénin de la grosse tubérosité (Presse médi-
cale 1966 Tome 74 N°70-71).

22- FASSION B.:

Deux cas de schwannome gastrique à forme hémorra-
gique (Archives des maladies de l'appareil digestif Mars 1959
Tome 48 N°3 Page 236-238).

23- FERRANDO M; BRUNETT. C.:

Les tumeurs bénignes de l'estomac
(MINERVA Chirurgicale Juin 1952 N°12 Page 452-467).

24- FLABEAU F., TERQUEM J., HENRY J.G.:

A propos de l'évolution
et du traitement chirurgical des schwannomes gastriques (Presse
médicale 1962 Tome 70 N°31 Page 1519-1520).

25- FOUQUES PH.:

Les schwannomes gastriques (Thèse CLEMONT 1961).

26- CANEM R.:

Volumineux schwannome envahissant le ligament gastro-colique (Mémoire de l'académie de chirurgie 1952 Tome 78 Page 947).

27- GIRARD M., SCUSTELLE J.:

Un cas d'association d'ulcus et de schwannome gastrique (Lyon médical Juin 1945 N°24 Page 328-331).

28- GIRARD M., FRAISSE H., et LOISY Cl.:

Un cas de schwannome gastrique hémorragique (Archives des maladies de l'appareil digestif 1950 Tome 39 Page 747).

29- GIRAUD M., CAMBLIN, PROTAR et VITTOTI:

Ulcère calleux du pylore et schwannome multiple (Mémoire de l'académie de chirurgie 1951 Tome 77 Page 758).

30- GOMEZ J.:

Sur le schwannome de l'estomac (Journal de chirurgie 1947 Tome 63 N°9 Page 463-480).

31- GRIMAUD M.:

Les tumeurs bénignes gastro-duodénales 45 cas (Lyon chirurgical 1970 Tome 66 N°3 Page 161-163).

32- HEPP J., et LOLMEDE Ch.:

Haut schwannome gastrique volumineux traité par gastrectomie totale 1950 Tome 39 Page 693 (Archives des maladies de l'appareil digestif).

33- HENRY J.G.:

Association ulcère et schwannome (Gazette Médicale de France 1961 N°22 Page 2692).

34- HENRY J.G.:

Schwannome dégénéré. Incidence sur l'exérèse (Henry J. Thèse 1961).

35- HENRY J.G.:

Ac et TRT des schwannomes digestifs (Vie médicale 43, Juin 1962).

36- HILLEMAND P., CHAOUAT Y., CHAPUIS G., LORRE :

A propos du diagnostic et de la thérapeutique des tumeurs bénignes de l'estomac (Semaine des hôpitaux de Paris 1951 Tome 27 N°88 Page 3506-3509).

37- HILLEMANN P.:

Les tumeurs bénignes (B.MC 1963).

38- JACQUEMIN J.:

A propos de 2 observations de schwannome gastrique (Mémoire de l'académie de chirurgie 1953 Tome 79 Page 556).

39- KIRSCH J.:

Deux cas de schwannome gastrique associés à un ulcère de la petite courbure (Archives des maladies de l'appareil digestif 1951 Tome 40 Page 456).

40- LABRY R., DUROUX P.:

Schwannome pelvien (Lyon chirurgical Avril 1950 Tome 45 N°3).

41- LA VILLA G.:

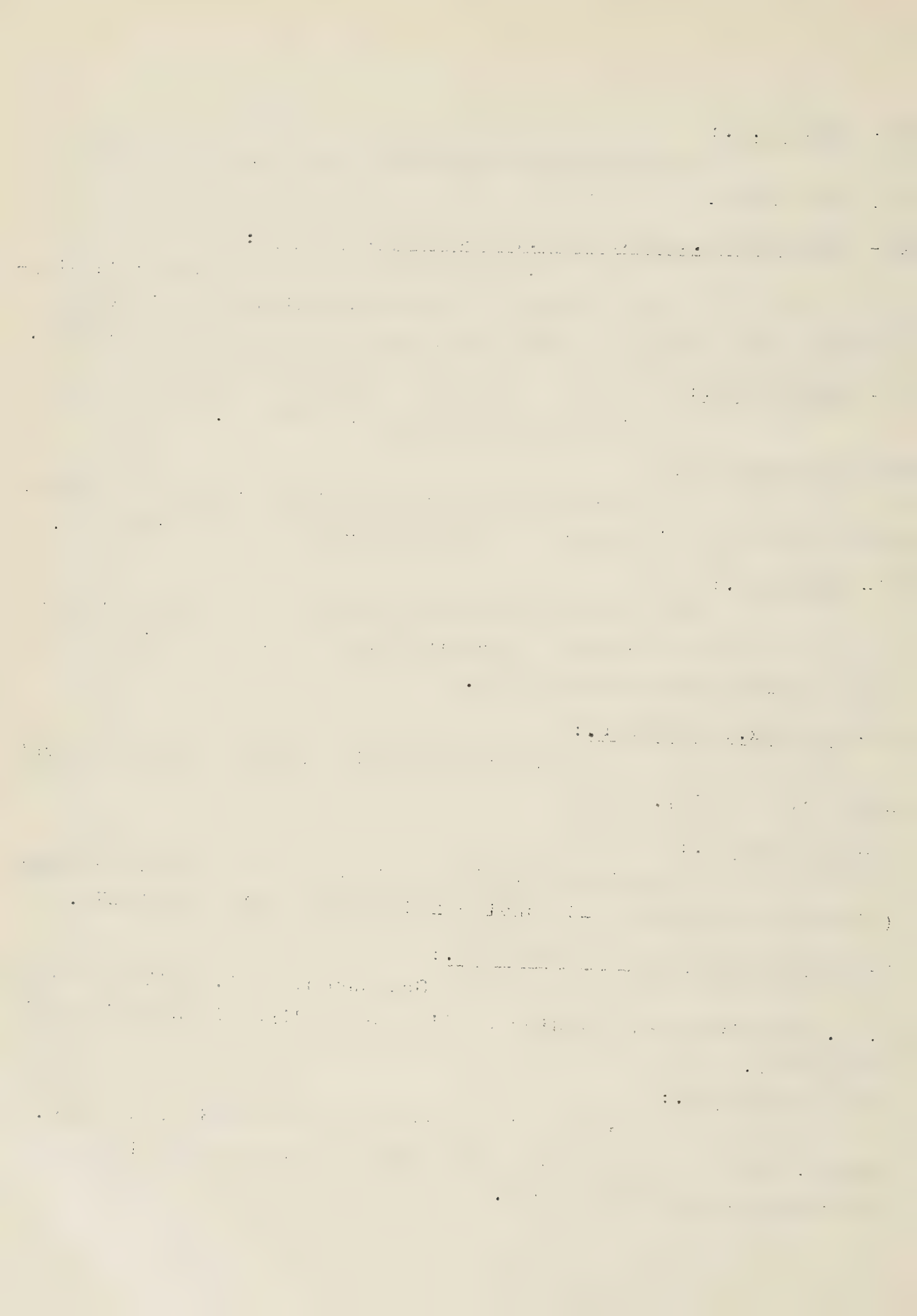
Neurinome plexiforme du vague à la petite courbure (Minerva Chirurgicale 15 Janvier 1958 Tome 13 N°1 Page 8-17).

42- LEFEVRE GAUSSEN et LASSERE J.:

Schwannome gast. pédiculé de la G. T. (Archives des maladies de l'appareil digestif 1951 Tome 40 Page 1096).

43- LEPERCHET F.:

A propos d'observation gastroscopique de Schw. isolés. Revue des problèmes posés par les tumeurs (Mémoire de Gastro-Entérologie Paris 1960).



44- LERCY A., BLANC P., HENRY J. G.:

Le traitement chirurgical
des schwannomes (72 cas mémoire de l'académie de chirurgie 1962
Tome 88 Page 105-108).

45- LESCUT J., HAMON G., et TRIQUET O.:

Schw. exogastrique calci-
fie (Presse médicale 1968 N°75 Page 984).

46- LOISEAU et coll:

A propos de 13 tumeurs benignes de l'estomac
(Semaine des hôpitaux de Paris Mai 1968 T44,P;1561-1568).

47- LORTAT, JACOB J.L., MORICHEAU, BEAUCHANT J.:

Schwannome typi-
que de l'estomac (Archives des maladies de l'appareil digestif
1951 Tome 40 Page 122).

48- MASSON P.:

Les tumeurs humaines (Edition 1956, 1968).

49- MONOD, BROCA et HENRY J.:

A propos du traitement des Schw.
gastriques (Mémoire de l'académie de chirurgie 1962 Tome 88 Page
108-110).

50- MORIN G., MOREAU R.:

Radio-diagnostic des tumeurs bénignes
Tome IV (B.M.C. page 35120 E¹⁰).

51- MORICHEAU, BEAUCHANT J., PAYARD POUSSIER et VERGNON:

Schwannome
gastrique atypique (Archives des maladies de l'appareil digestif
1951 Tome 40 Page 122).

52- MOUCHET A., LARQUAND J., DOUARD J.:

Six cas de tumeur bénigne
(Presse médicale 1er Octobre 1953 Tome 61 N°61 Page 1231).

53- MOUCHET A., MARQUAND J., GARCIN J.P., MIR-ALSI H.:

A propos
des tumeurs bénignes de l'estomac (Journal de chirurgie 1961
Tome 81 N°3 Page 295-306).

54- MOUCHET A., et COLL :

A propos des tumeurs bénignes de l'es-
tomac (Journal de chirurgie 1965 Tome 81 N°3 Page 295).

55- MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H M., BENCIOT J.P., SAglier:

A propos de 45 cas de tumeur bénigne de l'estomac (Annales de
chirurgie Décembre 1959 Tome 23 N°25-26 Page 1297-1308).

56- MOUCHET A., GUIVARC'H M.:

Les tumeurs bénignes de l'estomac
(B.M.C Juillet 1971 Page 9026 A ¹⁰).

57- ROUTIER F., COPNET A.:

Tumeur bénigne de l'estomac (semaine
des hôpitaux de Paris 1947 Tome 20 Page 1343).

58- PARISOT :

Les schwannomes gastriques 1957 (Thèse Paris).

59- PERRIER E.A.:

Schwannome gastrique (Presse médicale 17 Mars
1945).

60- PERRIER A.;

Un schwannome gastrique insolite (Annales de
chirurgie 1954 Tome 18 N°25-26 Page 1591-1595).

61- PEYCELON M.:

Association schwannome gastrique et ulcère hémor-
ragique du duodénum (Archives des maladies de l'appareil digestif
1954 Tome 43 Page 762).

62- LAFONT R., REPLUMAZ P., CHASSARD J.L.:

4 cas de schwannome gastrique (Lyon chirurgical Novembre 1957 Tome 53 N°6 Page 911-917).

63- PEYCELON R., REPLUMAZ P.:

A propos d'un schwannome gastrique (Archives des maladies de l'appareil digestif 1958 Tome 47 N°5 Page 465).

64- PEYCELON R., VILLIERS H.:

Schwannome gastrique et hémorragie cataclysmique : gastrectomie d'urgence (Lyon chirurgical Septembre 1960 Tome 56 N°5 Page 780-783).

65- RIBET L., GAUTIER-BENAT C.L., MARCKE:

Schwannomes gastriques malins ou dégénérés (8cas) Lille chirurgical 1965 Page 151).

66- ROUX M.:

Tumeur bénigne de l'estomac (Presse médicale 1952 N°37 Tome 60 Page 813).

67- SAVIGNAC, D'ALLAINES et PORCHER:

Diagnostic infaisable: Volumineux schwannome gastrique invaginé dans l'intestin (Archives des maladies de l'appareil digestif Septembre Octobre 1952 Tome 41 N°9-10 Page 911).

68- VACHON A., BRET P., LEHLAN H.:

8 cas de tumeur bénigne de l'estomac (Lyon médical 1951 N°33 Page 33).

69- VACHON A., CHAFFOT R., PASQUIET et ALAR G.:

Schwannome gastrique et maladie de Recklinghausen (Archives des maladies de l'appareil digestif 1959 Tome 48 Page 836).

70- VEYNES S.:

Les tumeurs bénignes de l'estomac. 1962 Thèse Paris.

